Aus der Psychiatrischen und Nerven-Klinik zu Kiel.

Ueber psychische Störungen bei Morbus Basedowii.

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde an der hohen medizinischen Fakultät der Universität Kiel

vorgelegt von

Otto Märtens
Medizinal-Praktikant.

Kiel 1913.

GUSTAV PETERS, LÜNEBURG.

Meinen lieben Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153718_0261

Aus der Psychiatrischen und Nerven-Klinik zu Kiel.

Ueber psychische Störungen bei Morbus Basedowii.

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde an der hohen medizinischen Fakultät der Universität Kiel

vorgelegt von

Otto Märtens
Medizinal-Praktikant.

Kiel 1913.

Nr. 82

Rektoratsjahr 1912/13.

Referent: Siemerling.

Zum Druck genehmigt

Anschütz

z. Z. Dekan.

Die Aetiologie der Basedow'schen Krankheit ist noch nicht genügend aufgeklärt. Die Ansichten über die Pathogenese gehen noch sehr auseinander.

Einige Neurologen und innere Mediziner halten den Morbus Basedowii im wesentlichen für eine primäre Neurose, die mit neuropathischer Belastung, der Neurastenie, der Hysterie und anderen Neurosen im engen Zusammenhang steht. Levi und Rotschild sprechen sogar von einem „tempérament hyperthyroidien". Dessen Kennzeichen sind: große schlanke Statur, reichlicher Haarwuchs, Magerkeit, Neigung zu Schweißen, lebhafter Blick, Unstätigkeit, Unternehmungslust, Optimismus, Reizbarkeit, Stimmungswechsel, Schnelligkeit der Entschlüsse und Raschheit der Bewegung, geringes Schlafbedürfnis. Manche Autoren halten die Basedow'sche Krankheit für eine gesteigerte Jodwirkung, die dann ihrerseits die anderen chemischen Prozesse im menschlichen Körper beeinflussen soll. Viele glauben auch an eine Mitbeteiligung der Glandulae parathyroideä. Es wird auch eine funktionelle Insuffizienz der Hypophysis mit der Basedow'schen Krankheit im Zusammenhang gebracht.

In neuerer Zeit haben die überzeugenden Ausführungen von Moebius eine Erkrankung der Schilddrüse für sehr wahrscheinlich gemacht. Danach beruht die Basedow'sche Krankheit auf einer gesteigerten und krankhaft veränderten Sekretion der Schilddrüse, die zu einer Vergiftung des Körpers und besonders des Nervensystems führt. Diese Theorie wird unterstützt durch die immer zunehmenden Erfolge nach Kropfexstirpation. Worin aber die Veränderungen der Sekretion bestehen, ist noch nicht genau erhärtet.

Der seelische Zustand der Kranken ist fast nie normal. Zum wenigsten pflegen sie sehr „nervös" zu sein. Diese vermehrte Reizbarkeit ist wahrscheinlich eine der ersten Wirkungen der Basedow-Veränderung. Es wird oft berichtet, daß die Kranken schon vor Ausbruch der Krankheit allerlei Zeichen von Nervosität dargeboten hätten. Den Beobachtern der Basedow'schen Krankheit ist es schon frühzeitig aufgefallen, daß es sich bei der Krankheit oft um mehr als eine reine Nervosität handelte,

und daß sich Zustände, die den eigentlichen Geisteskrankheiten verwandt waren, entwickelten. Moebius sagt, daß diese Zustände immer mit Aufregung verbunden seien, die bald einen maniakalischen, bald einen zänkischen oder ängstlich-melancholischen Charakter annähmen. Die beiden ersten von Basedow beschriebenen Patienten galten als wahnsinnig. Sie waren in ihren Bewegungen hastig, konnten nicht ruhig bleiben, die eine war „aufgeregt und sorglos", die andere „unnatürlich heiter".

In den wenigsten Fällen ist aber der Morbus Basedowii mit einer ausgesprochenen Psychose verknüpft. Einer einfachen typischen Basedow-Erkrankung entspricht gewöhnlich als komplizierende Psychose die Manie; wenn eine andere Geistesstörung im Verlaufe der Erkrankung auftritt, ist sie gewöhnlich eine Complikation der den Morbus Basedowii komplizierenden Hysterie, Neurastenie oder des Alkoholismus. In seltenen Fällen tritt auch bei der Basedow'schen Krankheit eine ausgesprochene Melancholie auf.

In die Rubrik der Geistesstörungen bei Morbus Basedowii gehören auch folgende zwei Fälle — und zwar der erste Fall „Hysterie bei Morbus Basedowii", der zweite „Melancholie bei Morbus Basedowii" —, deren Akten Herr Geheimrat Siemerling mir in liebenswürdiger Weise zur Verfügung gestellt hat.

In dem ersten Falle handelt es sich um die ledige 31 Jahr alte Sattlerstochter F. Ein Jahr vor der Einlieferung am 7. 10. 08 in die psychiatrische Klinik datiert sich der Anfang der Erkrankung. Der Bruder der Patientin gibt folgende Anamnese:

Die Mutter der Patientin war nervös. Sonst angeblich keine Heredität. Von Geburt an kränklich, war Patientin in den ersten Lebensjahren sehr schwach. Sie machte eine Diphterie und die Masern durch. Mit 9 Jahren Fall auf die Stirn, Verletzung, danach angeblich bewußtlos. Von Krämpfen, Schwindel, Ohnmachten ist nichts bekannt. Auf der Mittelschule, die Patientin besuchte, lernte sie leicht. Später kam sie als Stütze in Stellung, litt aber sehr an Heimweh und kam deshalb immer bald wieder nach Hause. Sie war immer blutarm. Über die Menses ist nichts bekannt. Von jeher war sie sehr reizbar und eigenwillig. Im Oktober 1907 begab sie sich in ärztliche Behandlung wegen einer Anschwellung am Halse (Kropf). Außerdem litt sie an starkem Herzklopfen und sich immer mehr entwickelndem Exophtalmus. Im Laufe des Winters war sie sehr schwach. Die Reizbarkeit nahm sehr zu, sie schalt heftig, wenn sie ihren Willen nicht bekam, beklagte sich über die Pflege, haßte direkt ihre Familie und wünschte ihr in der Wut oft den Tod. Sich selbst glaubte sie schlecht behandelt und vernachlässigt. Der Schlaf war gut, der Appetit nur teilweise; sie aß nichts, wenn sie ärgerlich war. Im Jahre 1896 verlobte sie sich. Daß die Verlobung

zurückging, nahm sie sich sehr zu Herzen. Am 7. 10. 1908 nachmittags wurde die Patientin von einer Krankenschwester aus Sch. gebracht. Sie war sehr schwach, konnte schlecht gehen, so daß sie geführt werden mußte.

Über ihre Krankheit gibt die Patientin selbst folgendes an: Vor zwei Jahren habe sie eine Zahnentzündung durchmachen müssen; ihr seien dabei in der Narkose viele Zähne gezogen worden. Seitdem sei sie immer schwächer geworden, es sei langsam mit ihr bergab gegangen. Im September 1907 sei der Hals dick geworden, das ganze Jahr schon habe sie starkes Herzklopfen gehabt, zittern und schwitzen der Hände. „Die Hände triefen immer." Zu derselben Zeit habe sie ein starres Gefühl in den Augen bemerkt; es sei ihr gesagt worden, sie habe einen starren Blick. Auch habe sie Brennen in den Augen gespürt und habe schlecht sehen können. Allmählich sei sehr große Körperschwäche hinzugekommen, heftiges Zittern bei Aufregungen, die bei den geringsten Kleinigkeiten auftraten, sie habe oft unbewußt geschimpft. Dann habe sie auch laut geschrien, da sie ein solches Angstgefühl auf der Brust und in der Herzgegend gehabt habe. Wenn sie Ruhe habe, sei sie auch ruhig. Alle Symptome hätten bis Februar zugenommen; in der letzten Zeit habe sie an Gewicht abgenommen. Im Hause sei immer solcher Lärm gewesen, was auch zur Verschlimmerung beigetragen habe. Der Druck im Kopf sei oft so stark gewesen, daß sie gar nicht habe denken können. Schmerzen habe sie am ganzen Körper gespürt. Der Appetit sei einigermaßen, der Schlaf nicht besonders gewesen. Sie habe oft Brom genommen. Die Familie habe immer gemeint, es sei gar nicht so schlimm und habe deshalb nicht hinreichend für sie gesorgt. Darum habe es oft Streit gegeben. Vom Oktober 1907 bis Juli 1908 habe sie meist zu Bett gelegen. Anfangs habe sie Antithyreoidinserum bekommen und allerhand Kräftigungsmittel. Danach sei es etwas besser geworden. Die Menses seien im allgemeinen regelmäßig, wenn auch sehr stark, mit kräftigen Schmerzen in der Seite. Zur Zeit der Menses sei sie besonders aufgeregt. Von Heredität wisse sie nichts. Eine Schwester hatte als Kind Veitstanz. Sie glaube, daß seit ihrer Entlobung die Krankheit immer zugenommen habe, und daß die Krankheit aus jener Zeit herrühre.

Der Status bei der Aufnahme am 7. 10. 08 war folgender: Größe 1,62 m, Gewicht 40 kg. Temp. 38°. Graciler Knochenbau, sehr dürftige Muskulatur und Ernährung, sehr blasse Gesichtsfarbe, elendes Aussehen. Schädel auf Druck und Beklopfen überall empfindlich ($19^1/_2$ zu 15 zu $54^1/_2$). An der Nasenwurzel eine nicht druckempfindliche Narbe. Lidspalten weit, Lidschlag etwas verlangsamt (Stellwag'sches Symptom). Pupillen rund, gleich mittelweit. R. L. + R. C. +. Gesichtsfeld überall etwas beschränkt. Beim Blick nach unten bleiben die oberen Augenlider zurück (Gräfe'sches Symptom). Die Nase weicht etwas nach links ab, Zunge ist gerade, zittert, belegt. Die Gaumenbögen sind gleichmäßig; Rachenreflexe vorhanden. Sprache O. B. Struma: Mittel-Lappen und linker Seitenlappen der Schilddrüse vergrößert. Mittellappen anscheinend cystisch. Keine Pulsation. Umfang des Halses an der dicksten Stelle $31^1/_2$ cm. Starke Hyperhydrosis manuum et pedum. Leichter feinschlägiger Tremor der Hände. Finger-Nasenversuch sicher; Händedruck rechts wie links schwach. Armmuskulatur überall druckempfindlich; starkes wasomotorisches Nachröten, Kniephaenomene und Achillessehnenphaenomene gesteigert. Andeutung von Patellar- und Fußklonus. Zehen plantar. Gang unsicher; Patientin knickt mit den Knien ein. Pinselberührungen werden prompt lokalisiert, spitz und stumpf unterschieden; die Schmerzempfindung

ist überall äußerst lebhaft. Die Herzgrenze ist nach links um zwei Querfinger über die Mamillarlinie hinaus verbreitert; Herztöne rein, Aktion wechselnd, oft stark beschleunigt. Puls 114 regelmäßig, kräftig, leicht gespannt; Frequenz sehr wechselnd, oft schon Beschleunigung, wenn man die Patientin anredet. Lungen: rechts hinten oben rauhes Atmen, sonst keine Besonderheiten. Abdomen angeblich überall druckempfindlich. Im Urin kein Eiweiß und Zucker.

7. 10. Menses, ganz gut geschlafen; die Ruhe tut der Patientin gut, dauernd starke Schweißrekretion. Zeitweise sehr beschleunigter Puls bis 120.

9. 10. Klagt über zeitweise auftretendes heftiges Angstgefühl und Kopfschmerzen. Ißt wenig. Stuhlgang angehalten.

12. 10. Zeitweise starke Tachycardie; Patientin hat immer viel zu klagen über Kopfschmerzen, Schmerzen in den Armen, Angstgefühl, Appetitlosigkeit. Sie gibt zu, daß sie schon etwas ruhiger geworden sei. Ißt auf Zureden gut.

15. 10. Hat sehr starke Hyperhydrosis am ganzen Körper. Hat etwas an Gewicht zugenommen.

23. 10. Hat in der letzten Nacht wenig geschlafen. Große Angst, weil eine Patientin nebenan viel gesprochen hatte. Heute morgen ist sie deshalb sehr aufgeregt. Starke Tachycardie.

25. 10. Immer noch schlecht geschlafen, da sie viel Angst habe; sie klagt über Schmerzen im linken Arm.

2. 11. Tachycardie ziemlich unverändert. Sehr viele nervöse Beschwerden. Ißt nicht besonders.

10. 11. Dauernd starke Hyperhydrosis am ganzen Körper, besonders an Händen und Füßen.

15. 11. Galvanisation des Sympathikus. Beim Elektrisieren sehr empfindlich. Kann nur ungefähr 2 Milliampère vertragen. Ziemlich starke Herabsetzung des Leitungswiderstandes der Haut.

22. 11. Sehr empfindlich gegen Geräusch. Beklagt sich, wenn Klavier gespielt wird. Dann bekomme sie Herzklopfen, müsse weinen.

30. 11. Klagt viel über schlechten Schlaf. Hat etwas an Körpergewicht zugenommen, fühlt sich aber immer noch sehr hinfällig.

8. 12. Klagt dauernd über schlechten Schlaf; schläft auf einfache Oblaten besser. Muß sehr zum Essen angehalten werden; Puls dauernd zirka 140, sehr leichte Erregbarkeit der Herzaktion, viele Schmerzen in den Armen, Druck auf dem Kopf. Auf Einreiben mit Chloroformöl Besserung.

11. 12. Appetit und Schlaf etwas besser. Hat dauernd noch Klagen über Herzklopfen, Schmerzen in den Armen usw. Schläft auf eine Oblate ganz gut, klagt sogar darüber, daß der Schlaf so schwer sei.

31. 12. Stimmung schwankend. Zeitweise Klagen über Mattigkeit. Dauernd starke Hyperhydrosis.

14. 1. In den letzten Tagen Menses. Wieder schlechterer Stimmung. Jammert öfter, besonders seitdem eine andere Patientin im Zimmer ist. Sie schlafe wenig; gibt jedesmal genau die Stunden an, in denen sie geschlafen habe. Allgemeine Schwäche.

22. 1. Hat wieder 1 Pfund zugenommen. Steht abends eine halbe Stunde auf, liegt im Liegestuhl.

30. 1. Wieder die früheren Klagen, Neigung zum Weinen. Schlaf wechselnd, Appetit ausreichend.

6. 2. Klagt in den letzten Tagen über Spannungsgefühl im Hals, Druck auf dem Kopf. Der Exophthalmus tritt in der letzten Zeit wieder stärker hervor.

10. 2. Kann das Hemd, das sie bisher um den Hals getragen hat, nicht mehr recht schließen. Puls dauernd zwischen 120 und 140. Starke Hyperhydrosis. Stimmung wechselnd, zuweilen etwas gedrückt; hofft jetzt, daß ihr durch eine Operation geholfen werden kann.

15. 2. Hat in der letzten Woche drei Pfund abgenommen; sagt, sie fühle sich im ganzen schlechter in den letzten Tagen.

19. 2. Wieder zwei Pfund zugenommen. Patientin wird heute in die chirurgische Klinik zur Operation verlegt. Operation am 6. 3. Die Operation verlief in jeder Hinsicht gut. Es wurde die linke Seite und der einzelne Knoten entfernt.

Am 15. 3. wurde Patientin mit einem Sanitätswagen wieder in die psychiatrische Klinik gebracht.

16. 3. Angeblich schlecht geschlafen, kaum 4 Stunden. Der Status ist derselbe wie am 7. 10. 08; nur gibt die Patientin an, der Kopf sei ihr viel klarer, am Hals spanne es nicht mehr so, auch das Herzklopfen sei geringer nach der Operation; sie schwitze noch viel, sei aber nicht mehr so nervös. Schmerzen habe sie noch überall.

18. 3. Immer sehr weinerlich, hatte Besuch von Angehörigen, bekam die Mitteilung, daß sich eine Schwester verheiratet habe; war darüber sehr traurig.

20. 3. Schreibt jetzt zum ersten Male auch Karten nach Haus; beschäftigt sich etwas mit Bilder ansehen. Viel Klagen über schlechten Schlaf, der auf einfache Oblaten besser wird.

28. 3. Steht täglich eine Stunde auf, liegt im Liegestuhl auf der Veranda, behauptet nicht gehen zu können. Puls regelmäßig, mittelkräftig meist 120. Immer noch starke Hyperhydrosis manuum et pedum.

3. 4. Operationswunde am Halse gut vernarbt. Keine Schmerzen in den Armen und am Hals mehr; klagt aber trotzdem sehr viel, besonders über schlechten Schlaf. Schläft auf eine Oblate gut, gibt aber an, daß sie am nächsten Tage noch so müde sei.

8. 4. In den letzten Tagen unter Führung durch den Saal gegangen. Klagt aber jetzt über heftige Schmerzen in den Beinen, könne es nicht aushalten.

16. 4. Wechselnde Stimmung. Zeitweise viele Klagen über Herzklopfen, Kopfschmerzen, Schmerzen in den Gliedern, Schlaflosigkeit. Schläft aber auf Oblaten zeitweise so gut, daß sie am Morgen fragt, ob sie ein schweres Schlafmittel bekommen habe.

26. 4. bis 30. 4. Menses. Hat bis jetzt dauernd an Gewicht zugenommen. Puls zeitweise viel ruhiger, aber noch nicht unter 100.

3. 5. Einige Male „Erbrechen"; tatsächlich nur Entleerung von etwas Schleim. Viele hypochondrische Klagen, „Herzzittern", dumpfer Druck im Kopf, Rückenschmerzen. Puls kräftig, nicht wesentlich beschleunigt.

14. 5. Jedesmal nach Aufstehen mehr Klagen über Schwäche in den Knieen. Unruhe, Depressionsgefühl. In den letzten Tagen hat die Patientin auch wieder viel Schleim herausgewürgt; sie sagt, sie habe „furchtbares Erbrechen" gehabt. Immer sehr weheleidig, äußerst empfindlich. Hyperhydrosis manuum. Kleines pustulöses Ekzem an beiden Handrücken (Zinkpastaverband).

17. 5. Ekzem heilt. Patientin steht täglich eine Stunde auf; besserer Stimmung.

21. 5. Vor- und nachmittags eine Stunde außer Bett. Leichte Gewichtszunahme.

22. bis 24. 5. Menses. Patientin liegt ruhig im Bett.

26. 5. Gestern Reinigungsbad; vielleicht zu warm, danach leichte Menstruation.

31. 5. War eine Stunde im Garten im Liegestuhl. Ist die Treppe herauf- und heruntergegangen und davon sehr erschöpft.

10. 6. Immer mancherlei Beschwerden. Klagen über Druck im Kopf, Stiche und Schmerzen in der Herzgegend, Hämmern im Kopf, allgemeine Schwäche und Mattigkeit.

16. bis 19. 6. Menses. Pat. liegt ruhig im Bett, wechselnde Klagen.

20. 6. Besuch vom Bruder; durch die Unterhaltung sehr aufgeregt, klagt über Kopfschmerzen und Herzklopfen.

24. 6. Fühlt sich wohler; ist bei gutem Wetter viel auf dem Liegestuhl im Freien.

30. 6. Seit gestern wieder etwas Ekzem der linken Hand. (Zinkpastaverband).

7. bis 12. 7. Menses. Etwas Leibschmerzen, Übelkeit, angeblich auch Erbrechen; Pat. würgt etwas Schleim heraus.

14. 7. Zeitweise recht deprimiert, weint; es wäre besser gewesen, wenn sie bei der Operation „geblieben“ wäre.

18. 7. Besserer Stimmung, steht länger auf, geht auf Zureden die Treppen hinunter, während sie früher immer getragen werden mußte.

23. 7. Macht täglich kleine Gehübungen, noch sehr schüchtern, vorsichtig, stützt sich, klagt hinterher über „furchtbare“ Kopf- und Rückenschmerzen und Herzklopfen, hat aber nicht die geringste Pulsbeschleunigung.

30. 7. Noch immer sehr wehleidig, „sie mute sich zuviel zu, ihr armes Herz vertrage die Anstrengung nicht“. Hat an Gewicht zugenommen.

4. 8. Wegen der Menses zu Bett; klagt über Kopfweh und Rückenschmerzen, Stimmung leidlich.

30. 8. Hat wenig Fortschritte gemacht. Hat gestern heftige Kopfschmerzen gehabt, habe heftig dagegen gekämpft, doch habe ihr Bruder, der sie besuchte, wenig von ihr gehabt.

30. 8. bis 3. 9. Menses. Ziemlich stark; nach Hydrastis etwas Leibschmerzen.

4. 9. Nach dem Bad wieder Eintreten der Menstruation. Pat. fühlt sich sehr angegriffen. Puls beschleunigt, Zunge etwas belegt.

10. 9. Sehr sensibel, empfindlich gegen Geräusche, regt sich über alles „furchtbar“ auf, redet affektiert, glaubt große Fortschritte gemacht zu haben, wenn sie mal ein paar Schritte mehr gegangen ist.

16. 9. Gestern sehr erschrocken durch Suizid ihrer Zimmergenossin, weinte und schluchzte den ganzen Tag, Schlaf schlecht.

20. 9. Erholt sich nur langsam von dem Schrecken; innere Unruhe, Schmerzen im Kreuz und in den Beinen.

24. bis 27. 9. Menses. Weniger Beschwerden.

14. 10. Wieder Schmerzen im ganzen Körper, verlangt mit Chloroformöl eingerieben zu werden.

23. bis 26. 10. Menses. Angeblich heftige Leibschmerzen. Sehr wehleidig, liegt zu Bett.

29. 10. Pat., die sich in der letztenZeit immer mehr mit einer anderen Hysterischen angefreundet hat, sitzt dauernd mit dieser zusammen, klagt über dieselben Beschwerden, ist lustig und traurig mit ihr.

5. 11. Klagt über tausenderlei Beschwerden; indigmiert wenn man nicht alles anhört; habe gestern wieder „furchtbares Erbrechen" gehabt. Nach Angabe der Pflegerin hat sie nur etwas Schleim herausgewürgt. Bekommt öfter Schlafmittel.

25. 11. Würgt jedesmal nach dem Essen. Sagt, sie könne nichts essen, fühle sich schwach. Die gewöhnlichen Klagen. Steckt viel mit der anderen schwer Hysterischen zusammen.

5. 12. Untätig, Appetit ist mäßig.

20. 12. Regt sich über jede Kleinigkeit auf. Besuch macht ihr noch am nächsten Tage Beschwerden.

26. 12. Hat auf Zureden an der Weihnachtsfeier teilgenommen. Wollte nicht in den Garten gehen. Müsse bei dem Schnee Gummischuhe anziehen und die seien ihr zu schwer.

5. 1. 10. Würgt wieder sehr viel. Hat an Gewicht abgenommen. Ißt schlecht. Klagt über Magenschmerzen und Schmerzen in Armen und Beinen.

2. 2. Hat gewöhnlich dieselben Klagen wie eine andere Pat., die mit ihr das Zimmer teilt, oder wie die andere Hysterische, mit der sie sich angefreundet. Ißt besser und bricht weniger, wenn man ihre Klagen nicht beachtet.

20. 2. Immer viele Klagen, betont oft teatralisch, wie schwer sie leiden müsse. Trotz Bettruhe an Gewicht zugenommen.

28. 2. Steht einige Stunden auf, da sie bald entlassen werden soll. Hat selbst den Wunsch geäußert.

1. 3. Wird vom Bruder abgeholt und als gebessert entlassen.

Wir haben hier das Bild einer ausgesprochenen Hysterie mit Morbus Basedowii. Die ersten Erscheinungen der hysterischen Veranlagung gehen in die frühe Jugend zurück. Pat. war immer schon reizbar und eigenwillig. Dann traten im Oktober 1907 die ersten Basedow-Symptome auf (Kropf, Tachycardie, Exophthalmus). Jetzt verstärkt sich auch die Psychose. Die Operation am Struma ruft eigentlich nur eine ganz vorübergehende Besserung des Geisteszustandes hervor. Die Spannung des Halses wird entlastet und der Kopf freier. Die hysterischen Klagen treten aber dann bald wieder im verstärkten Maße auf.

In dem zweiten Falle (Basedow und Melancholie) handelt es sich um die 38 Jahr alte Fischersfrau H. Der Mann der Frau gibt am 16. 1. 10 folgende Anamnese:

Frau H. ist seit 19 Jahren verheiratet. Der Vater der Patientin ist jung gestorben an einer Halskrankheit, die Mutter mit 60 Jahren an einer Lungenentzündung. Die Mutter war leicht aufgeregt, nervös. Pat. hat 4 Geschwister, von denen eine Schwester schwächlich ist. Von Jugend an war Pat. leicht erregbar, sie konnte heftig weinen, wenn sie sich erzürnt hatte. 5 normale Geburten hat sie durchgemacht. Die Kinder sind gesund. Die Menses sind bis September 1909 regelmäßig geblieben. Die Periode

kam dann im Oktober, und zwar nur „eine Idee", dann wieder am 21. Dezember 1909 in normaler Stärke. Pat. hat, soweit sie sich erinnern kann, immer etwas Herzklopfen gehabt, besonders nach Aufregung und schwerer Arbeit. Vor 6 bis 7 Jahren ist sie vom Arzt wegen Gallensteinen behandelt. Zu Anfang der Ehe klagte sie öfters über Magenbeschwerden und Appetitlosigkeit. Im September 1909 brachte ein Kind aus der Schule Krätze mit nach Haus; das nahm sie sich sehr zu Herzen, weinte heftig. Nach dem war sie etwa 4 Wochen immer ein bischen weinerlich. Sie war tätiger und arbeitsamer a's sonst, putzte und wusch fortwährend zwei- bis dreimal dieselbe Wäsche. Der Schlaf und der Appetit wurden schlechter. Sie meinte immer, die Leute sprächen darüber, daß so etwas wie Krätze in ihrem Hausstand vorkäme. Im November und Dezember war sie etwas ruhiger und besser gestimmt. Als im November die Menses ausblieben, glaubte sie sich schwanger und meinte, ihre Mißstimmung wirke auf das Kind ungünstig. Sie ließ sich aber vom Arzt vom Gegenteil überzeugen. Mißstimmung und Appetitlosigkeit blieben. Außerdem meinte sie, es wirke auf sie ungünstig, daß ihr Mann, der Fischer ist, in der jetzigen Jahreszeit sie immer allein ließe. Der Mann kam vorgestern nach Haus und fand seine Frau sehr gedrückt vor, sie hatte geweint und machte sich Vorwürfe, daß sie ihren Hausstand nicht recht in Stand halten könne, weil sie zu schwach sei; sie klagt über Schmerzen im Hinterkopf und Appetitlosigkeit. In der letzten Nacht schlief Pat. nur eine Stunde. Gestern arbeitete sie ein wenig. Die Stimmung und das ganze Wesen war frischer. Auch heute ist sie guter Stimmung; sie sagt, in ihrer Schwermut habe sie sich gedacht, am besten wäre es, wenn du tot wärest. Auf Rat des Arztes kam sie dann heute am 16. 1. in die psychiatrische Klinik. Sie ist ganz ruhig, macht einen etwas gedrückten Eindruck.

Status somaticus vom 17. 1.

Größe 1,57 m, Gewicht 53 kg, Temperatur 37°. Graziler Knochenbau, mäßige Ernährung, etwas fahle Gesichtsfarbe, der Kopf ist nicht klopfempfindlich. Exophthalmus; Conjunktivalreflexe fehlen. Pupillen beiderseits eng, rund, R. L. + R. C. +. Zunge gerade, rein, zittert, Rachen o. B., Rachenreflex fehlt. Sprache o. B. Leichter Tremor manuum. Lebhafte Reflexe, Hyperhydrosis manuum et pedum; lebhaftes vasomotorisches Nachröten; Zehen plantar. Achillessehnenreflexe vorhanden. Gang ist sicher, kein Rhomberg. Tast- und Schmerzempfindung normal. Puls regelmäßig 95 bis 100, gespannt, hebend, Herzfigur nicht vergrößert. Fühlbare Erschütterung der Brustwand über der ganzen Herzdämpfung und im Epigastrium. Spitzen Stoß nicht sichtbar. Erster Ton an der Mitralis und Aorta unrein, Töne paukend. Pulsierende derbe Struma (31 cm). Lunge o. B. Urin o. B. Der Gesichtsausdruck hat etwas starres Deprimiertes. Kurz bevor Pat. das Arztzimmer betrat, weinte sie. Nach dem Grunde gefragt, antwortete sie: „Ich muß manchmal weinen", (warum?): „Ich bin manchmal so zu Mute, ich fühle mich so matt und flau im ganzen Körper, kann meiner Arbeit nicht nachkommen, darum muß ich weinen." Die Pat. gibt an, seit Oktober letzten Jahres sei sie krank. Die Kinder hatten die Krätze, darüber habe sie sich so geärgert und habe so viel mit der Wäsche zu tun gehabt, habe sich überangestrengt; davon sei sie krank geworden. „Dann blieb das Blut stehen. Dann wurde es immer mehr mit dem Kopf. Ich dachte, ich wäre in anderen Umständen und glaubte, das sei mein Ende; und das Kind würde unglücklich, da ich mich so grämte. Nachts habe ich gar nicht geschlafen. Je weiter es nach dem Morgen ging, desto munterer wurde ich. Erst zu Weihnachten ging es

ein paar Tage besser, als das Blut wieder kam. Seit Neujahr ist es wieder schlimmer. Wenn ich meine Augen auf etwas richte und komme in ein anderes Zimmer, dann kann ich nur das denken, was ich sehe. Meine Gedanken waren immer bei dem, was ich sah, weiter konnte ich nicht denken. Wenn ich bei der Arbeit zum Nähen war, dann sah ich immer alles andere und konnte nicht weiter denken, als was ich sah.“ Weiter gibt Pat. an, die Stimmung sei in den letzten Wochen immer schlecht gewesen, sie könne sich gar nicht aufheitern. Seit 14 Tagen habe sie immer sehr schlecht geschlafen, in den letzten Tagen nur wenig getrunken, nichts gegessen. Stuhlgang ist träge, Wasserlassen in Ordnung. Oft Schmerzen im Hinterkopf. Sie macht sich selbst Vorwürfe: „Ich bin immer bös auf mich selbst, daß ich nicht arbeiten kann. Die Gedanken flogen immer weg, wenn ich was arbeiten wollte, und dann war ich immer matt.“ Sie äußerte auch Lebensüberdruß: „Ich mochte gar nicht leben zuletzt, ich wollte mich in der Aue ertränken.“ Seit 6 bis 7 Jahren hat Pat. einen Kropf. Anfangs konnte sie schlecht schlucken, in den letzten Jahren ohne Beschwerden. Damals hat sie viel Herzklopfen gehabt, die Hände schwitzten leicht. Seit sie den Kropf habe, könne sie sich alles so zu Herzen nehmen und rege sich so leicht auf.

Frau H. hat 5 normale Geburten durchgemacht. Bis Oktober waren die Menses normal. Als Kind ist H. nie ernstlich krank gewesen, hat sich mit 20 Jahren verheiratet, hat dann eine Rippenfellentzündung durchgemacht. Von Heredität ist nichts bekannt.

19. 1. Die Nacht hat Pat. wenig geschlafen, sie weint am Morgen, sagt, sie habe Heimweh; bricht beim Anblick eines Briefes aus der Heimat in Tränen aus.

24. 1. Deprimiert, schläft wenig, klagt viel über Herzklopfen. Puls gespannt und beschleunigt.

26. 1. Pat. hat gut geschlafen, Stimmung besser.

8. 2. Abwechselnd bessere und schlechtere Tage. Sehr matt, Schlaf mäßig.

13. 2. Klagt über Heimweh, droht dem besuchenden Manne gegenüber mit Selbstmord, wenn er sie nicht mit nach Haus nähme. Liegt in den letzten Tagen matt und energielos da, klagt über Hitze im Kopf, schwitzt an den Händen. Sie wird vom Manne abgeholt.

Auch in diesem zweiten Fall berichtet die Anamnese, daß die Pat. von Kindheit an etwas nervös veranlagt gewesen sei. Als dann die ersten Zeichen der Basedow'schen Krankheit auftraten, nahmen die psychisch-pathologischen Erscheinungen an Stärke zu. Die ungünstigen Familienverhältnisse und die angeborene leichte Erregbarkeit sind wohl an der Ausbildung einer typischen Melancholie nicht zum wenigsten mit zur Verantwortung zu ziehen.

Ich will einige Fälle aus der Literatur anführen, wo die Basedow-Krankheit mit einer Melancholie compliziert war:

1. Noetel (Allgemeine Zeitschrift f. Psych. 1887) berichtet folgendes von einem Fall von „aktiver Melancholie bei M. B.“.

Pat., bei der neben den Symptomen des M. B. — Schwellung der Schilddrüse, Exophthalmus, sehr vermehrte Pulsfrequenz usw. — aktive Melancholie zu Beobachtung

kam, genas nach einigen Monaten, während Neigung zu Herzpalpitationen noch zurückblieb, auch die Schwellung der Schilddrüse, sowie der Exophthalmus nur geringer wurden, aber nicht vollständig schwand.

2. Jensen-Allenberg (Allg. Zeitschrift f. Psych. 1877) Melancholie bei M. B.: Pat. 31 Jahr alt, ist „von Jugend auf empfindlich, jähzornig, mißtrauisch, eigensinnig". Als 2jähriges Mädchen mit der rechten Stirnseite aufs Steinpflaster gefallen. 3 Monate nach der letzten, leichten Niederkunft ist ein Schwellen der Schilddrüse, auffälliges Hervortreten der Augäpfel bemerkt, dazu Herzklopfen, Beängstigung, Schlaflosigkeit. Weiterhin entwickelte sich hieraus eine vollständige Melancholie mit Angstanfällen. Pat. wird geheilt; psychisch frei. Herzpaltitationen, Exophthalmus geringer, Kropf unverändert.

3. Neurol. Centralblatt. 1893. Dinkler.

Pat., hereditär belastet, litt früher an fixen Ideen, Zwangshandlungen (Diebstahl); machte einen Anfall von Melancholie durch. Im 25. Lebensjahre typischer M. B.

4. Solbrig (Laehr XXVII. 1871).

Beobachtete eine 42jährige Pat. mit typischem M. B., hereditär belastet (?), die an Melancholie mit Zwangsvorstellung und paradoxen Antrieben litt. Pat. konnte nur mit größter Mühe die immer wieder aufdrängende Vorstellung niederkämpfen, ihre Kinder umbringen zu müssen. Der Fall endete mit Genesung.

5. Hühnerfaut (Dissertation München 1898).

Pat., Elise E., 32 Jahre alt, leidet seit 12 Jahren an Struma (ohne Allgemeinerscheinungen). Die Symptome des M. B. bestehen seit 7 bis 8 Jahren. Pat. wurde in der chirurgischen Klinik mit Thymus in Substanz gefüttert, und zwar erhielt sie in 6 Wochen 220 g. Der Halsumfang war in dieser Zeit um 3 cm zurückgegangen. Die übrigen Symptome blieben unverändert. Anfang Juni trat bei der Pat. eine ausgesprochene Melancholie auf, die die Aufnahme in die Irrenanstalt Daldorf nötig machte.

Stehen nun die Psychosen bei M. B. aetiologisch in einem Zusammenhang mit diesem, oder laufen beide getrennt nebeneinander her, oder geben sie vielleicht nur dem M. B. ein typisches Gepräge? In den beiden Fällen aus der Kieler Klinik ist eine streng ursächliche Beziehung zwischen M. B. und Psychose nicht festzustellen. Auch sprechen andere Faktoren, wie Zeitdifferenzen zwischen Auftreten des M. B. und der Psychose, psychopathische Erscheinungen vor der Entwickelung des M. B. gegen eine engere Zusammengehörigkeit. Gause schichtet in seiner Dissertation die Fälle M. B. mit Psychosen in 3 Arten.

1. Die Basedow'sche Krankheit entwickelt sich auf der Grundlage psychischer Degeneration oder auch einer Degenerationspsychose.

2. Auf Grund psychophatischer Veranlagung mit mehr oder weniger ausgeprägten Symptomen, während gleichzeitig die früheren psychischen Eigentümlichkeiten eine Steigerung zu einer echten Psychose erfahren.

3. Auf Grund einer vorhandenen Veranlagung, oder auch ohne manifeste Zeichen einer solchen. Die den M. B. begleitenden psychischen

Eigentümlichkeiten steigern sich hier zu einer immer noch auf diesen Zusammenhang hinweisenden, also immerhin charakteristischen Psychose, die bis zu einem gewissen Grade den M. B. parallel geht.

Schenk hat in seiner Dissertation einen Fall beschrieben, bei dem sich an den M. B. eine Psychose anschließt, die klinisch und im zeitlichen Verlauf einen inneren Zusammenhang mit dem M. B. nicht erkennen läßt. Um festzustellen, ob die Psychosen unabhängig vom M. B. auftreten, kann man folgende Überlegung anstellen: Ist in der Mehrzahl der Fälle bei Heilung der Psychose auch der M. B. zur Heilung gekommen, oder gibt es Fälle, in denen die Psychose ihren weiteren Fortgang nimmt, während der M. B. bleibt oder geringer wird. Außerdem ist noch wichtig, ob der M. B. und die Psychose gleichzeitig auftreten oder ob beide in ihrem Auftreten zeitlich getrennt sind. Ein Hinweis auf die in der Literatur verzeichneten Fälle genügt, um festzustellen, daß die Kranken bei günstigem Ausgang des M. B. von der Psychose vollständig geheilt wurden; die somatischen Verhältnisse aber entweder nur gebessert oder der Symptomenkomplex des M. B. war derselbe geblieben wie zu Anfang der Erkrankung.

Wenn man der Meinung ist, daß der M. B. das Entstehen einer Psychose begünstigt, so müßte man doch schlechterdings feststellen, daß in der höchsten Entwickelung der Psychose auch die Erscheinungen des M. B. ganz energisch in den Vordergrund träten.

Es gibt aber in der Literatur Fälle (Geigel, Med. Zeitschrift, Würzburg III. 1866; Charité Annalen 14. Jahrg., Berlin 1889 — zwei Fälle —, Neurolog. Centralbl. 1893 — zwei Fälle —), in denen eine Besserung der somatischen Verhältnisse einherging mit einer Steigerung vonseiten der Psyche. Dr. G. Brandenburg, Leipzig 1894, führt einen Fall an, der von Savage 1883 beobachtet ist, daß bei Besserung vonseiten der Psyche eine Steigerung der Basedow-Symptome eintrat:

21jährige Frau mit wiederkehrender Manie. Bei jedem Nachlassen der Manie stellte sich eine starke Vortreibung beider Augäpfel ein (die sich immer fast ganz zurückbildete), ferner Herzklopfen und Verdickung des Halses. Bis sich die Psychose und der M. B. vollkommen entwickelt haben, vergeht in den meisten Fällen längere Zeit. Die Entwickelung kann so langsam sein, daß sie sich über Jahre hinzieht. Die Psychose ist entweder gleich vorhanden, wenn auch nicht immer ausgesprochen, so doch auf vorausgegangene geistig anormale Erscheinungen, oder

auf schwere hereditäre geistige Belastung aufbauend, zu betrachten, oder die Psychose entwickelt sich Jahre nach dem M. B.

Da wir mit Moebius und Gauthier annehmen, daß die Basedow'sche Krankheit eine Vergiftung des Körpers ist mit Stoffen, die die Schilddrüse produziert, so können wir uns doch nicht vorstellen, daß durch die Gifte eine Psychose hervorgerufen ist, und zwar, nachdem schon eine Reihe von Jahren vor Entstehung die Giftstoffe im Körper vorhanden waren. Man kann sich außerdem auch nicht das Verschwinden der Psychose erklären, da doch die Giftstoffe mit völliger Heilung der Psychose bei weiterem Bestehen des M. B. im Körper vorhanden sein müssen. Aus dem Letztgesagten geht hervor, daß keine der bis jetzt aufgestellten Theorien den aetiologischen Zusammenhang zwischen Psychose und M. B. erklären kann, da doch Heredität, Heilung der Psychose bei bestehenden M. B., weiteres Fortschreiten der Psychose bei Besserung des M. B. und auch die lange zeitliche Differenz zwischen Psychose und M. B. jede Theorie entkräften muß.

An M. B. mit oder ohne Psychose erkranken mehr Frauen als Männer, das Verhältnis ist ungefähr wie 1:5. Die Sterblichkeitsziffer ist nach der Statistik in allen Ländern dieselbe.

Schenk ist der Ansicht, daß in Fällen mit tödlichem Ausgang, der Exitus infolge des M. B. eintrete. Hühnerfaut und Gause sind der Meinung, der ich mich auch nicht verschließen kann, daß der Tod in den meisten Fällen durch eine hinzutretende Krankheit erfolgt.

Herrn Geheimrat Siemerling für die gütige Überlassung der Arbeit und für die liebenswürdige Unterstützung bei derselben meinen Dank auszusprechen ist mir eine angenehme Pflicht.

Literatur.

1. Binswanger und Siemerling, Lehrbuch der Psychiatrie.
2. Kraeplin, Lehrbuch der Psychiatrie.
3. Homburger, Dissertation Straßburg 1899.
4. Schenk, Dissertation Berlin 1890.
5. Gause, Dissertation Marburg 1902.
6. Berliner Deutsche Klinik 14.
7. Moebius, Die Basedow'sche Krankheit.
8. Greidenberg, Allgemein. Zeitschr. f. Psych. Bd. 50.
9. Greidenberg, Neurolog. Centralbl. 1893.
10. Hühnerfaut, Dissertation München 1898.
11. Hirschl, Jahrb. f. Psychat. XII.
12. Noetel, Allgem. Zeitschr. f. Psychat. 1887.
13. Charitéannalen 14. Jahrg. Berlin 1889.
14. Allgemeine Zeitschr. f. Psychat. 1877.
15. Dr. G. Brandenburg, Leipzig 1894. Die Basedow'sche Krankheit.
16. Laehr, Allgem. Zeitschr. f. Psychat. 1877.
17. Neurol. Centralbl. 83, 84, 87, 89, 90, 92, 94.
18. Psychat. Centralbl. 1. 3 Wien 1871—73.

Lebenslauf.

Heinrich Ludwig Otto Märtens, ev.-luther., Sohn des Sparkassendirektors Märtens zu Lüneburg, wurde am 23. Juli 1885 zu Hannover geboren. Nach Absolvierung der Vorklassen des Gymnasiums „Johanneum“ zu Lüneburg habe ich das Johanneum von Sexta bis Oberprima durchgemacht. Ostern 1907 bestand ich das Abiturientenexamen, bezog darauf die Universität Kiel, woselbst ich nach 5 Semestern die ärztliche Vorprüfung bestand. Die folgenden 3 Semester studierte ich in Berlin und München. Meine Studien vollendete ich in Kiel, woselbst ich am 30. Oktober 1912 das medizinische Staatsexamen bestand.